



MODULO DOMANDA DI INIZIO TIROCINIO PRATICO VALUTATIVO ORDINAMENTO ABILITANTE

Da inviare **ESCLUSIVAMENTE** alla Segreteria studenti di Farmacia dell'Università "La Sapienza"
segrstudenti.farmacia@uniroma1.it

Al Preside della Facoltà di Farmacia e Medicina dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

OGGETTO: Svolgimento tirocinio curriculare pratico-valutativo sulla base dall'articolo 44, comma 2, lett. b), della direttiva 2005/36/CE, recepita con D.Lgs 651/2022 e inserito nel Regolamento Didattico dei corsi di laurea in Farmacia e in Chimica e Tecnologia Farmaceutiche dell'Ateneo "La Sapienza" di Roma.

DATI ANAGRAFICI STUDENTE

Il/La sottoscritto/a _____ Matricola _____
nato/a _____ (Prov. ___) il _____ iscritto/a al _____ anno del corso di Laurea
in FARMACIA CHIMICA E TECNOLOGIA FARMACEUTICHE
in possesso di tutti i requisiti minimi previsti dall'art. 5 del vigente regolamento di seguito riportati

- avendo acquisito almeno 160 CFU ed essendo iscritto almeno al 4 anno del corso di laurea;
- avendo superato: almeno un esame di un insegnamento del settore scientifico disciplinare (CHEM-07/A Chimica farmaceutica) _____ e un esame di un insegnamento del settore scientifico disciplinare (BIOS-11/A Farmacologia) _____
- avendo frequentato almeno un corso di un insegnamento del settore scientifico disciplinare (CHEM-08/A Tecnologia, socioeconomia e normativa dei medicinali e dei prodotti per il benessere e per la salute)
- avendo frequentato i corsi generali e specifici prescritti dalle norme sulla sicurezza e possedere i rispettivi attestati;
- avendo acquisito la disponibilità allo svolgimento dell'attività formativa da parte del responsabile della farmacia ospitante e/o della farmacia ospedaliera nonché del tutor professionale e del tutor accademico (inserire il nominativo del Tutor Accademico; Prof. _____)

CHIEDE DI POTER SVOLGERE IL TIROCINIO CURRICULARE PRATICO-VALUTATIVO

FARMACIA 1

Il/La sottoscritto/a _____ Titolare/Direttore della Farmacia _____
sita in _____ Via/Piazza _____ (Prov. _____)
in attuazione di quanto previsto dal Regolamento di Facoltà per il tirocinio curriculare pratico-valutativo

DICHIARA

- ✓ di accettare quale tirocinante lo/a studente/ssa _____ matr. _____ di codesta Università per il periodo dal _____ al _____;
- ✓ di nominare quale Responsabile professionale del tirocinio il/la dott./ssa _____ operante all'interno della Farmacia, regolarmente iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di _____ e con almeno due anni di attività professionale che si impegna ad impartire al tirocinante quanto previsto dalle linee guida di cui all'art. 3 del Regolamento del tirocinio curriculare pratico-valutativo approvato da codesta Facoltà.
- ✓ di dare comunicazione dell'inizio del tirocinio alla ASL di competenza.

Data,

Timbro della farmacia

Firma del Resp. Professionale

Firma del Tirocinante

firma Titolare/Direttore

Firma del presidente del C. d. S _____

**MODULO DOMANDA DI INIZIO TIROCINIO PRATICO VALUTATIVO
ORDINAMENTO ABILITANTE**

Note: DA COMPILARSI SE IL TIROCINIO È SVOLTO IN PIÙ DI UNA FARMACIA, (Max 3) art. 6 Regolamento TPV

FARMACIA 2

Il/La sottoscritto/a _____ Titolare/Direttore della Farmacia _____
sita in _____ Via/Piazza _____ (Prov _____)
in attuazione di quanto previsto dal Regolamento di Facoltà per il tirocinio curriculare pratico-valutativo

DICHIARA

- ✓ di accettare quale tirocinante lo/a studente/ssa _____ matr. _____ di codesta Università per il periodo dal _____ al _____;
- ✓ di nominare quale Responsabile professionale del tirocinio il/la dott./ssa _____ operante all'interno della Farmacia, regolarmente iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di _____ e con almeno due anni di attività professionale che si impegna ad impartire al tirocinante quanto previsto dalle linee guida di cui all'art. 3 del Regolamento del tirocinio curriculare pratico-valutativo approvato da codesta Facoltà.
- ✓ di dare comunicazione dell'inizio del tirocinio alla ASL di competenza.

Data,

Timbro della farmacia

Firma del Resp. Professionale

Firma del Tirocinante

firma Titolare/Direttore

FARMACIA 3

Il/La sottoscritto/a _____ Titolare/Direttore della Farmacia _____
sita in _____ Via/Piazza _____ (Prov _____)
in attuazione di quanto previsto dal Regolamento di Facoltà per il tirocinio curriculare pratico-valutativo

DICHIARA

- ✓ di accettare quale tirocinante lo/a studente/ssa _____ matr. _____ di codesta Università per il periodo dal _____ al _____;
- ✓ di nominare quale Responsabile professionale del tirocinio il/la dott./ssa _____ operante all'interno della Farmacia, regolarmente iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di _____ e con almeno due anni di attività professionale che si impegna ad impartire al tirocinante quanto previsto dalle linee guida di cui all'art. 3 del Regolamento del tirocinio curriculare pratico-valutativo approvato da codesta Facoltà.
- ✓ di dare comunicazione dell'inizio del tirocinio alla ASL di competenza.

Data,

Timbro della farmacia

Firma del Resp. Professionale

Firma del Tirocinante

firma Titolare/Direttore



MODULO DOMANDA DI INIZIO TIROCINIO PRATICO VALUTATIVO ORDINAMENTO ABILITANTE

ANNOTAZIONI (da compilarsi SOLO per integrazioni o variazioni in corso di svolgimento del tirocinio)*

Data e firma

Data, Timbro della farmacia

Data e firma

Tirocinante

firma Titolare/Direttore

Responsabile Professionale

***Note per la compilazione**

Si elencano le circostanze che richiedono la compilazione del quadro ANNOTAZIONI ed il reinvio del modulo a segrstudenti.farmacia@uniroma1.it

- Cambio titolare/direttore della farmacia
- Cambio responsabile professionale
- Cambio denominazione farmacia
- Cambio sede farmacia (trasferimento ad altro indirizzo)
- Interruzione anticipata/prolungamento del periodo di tirocinio rispetto a quanto dichiarato all'atto della presentazione della domanda di inizio tirocinio



MODULO DOMANDA DI INIZIO TIROCINIO PRATICO VALUTATIVO ORDINAMENTO ABILITANTE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(rilasciata ai sensi dell'art. 46, lettera c, del DPR n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a _____ matricola _____
cognome e nome

nato/a a _____ (_____) il _____
luogo sigla prov. data

residente a _____ (_____) (_____)
comune cap sigla prov.

indirizzo _____
Via/Piazza e numero civico

recapito telefonico _____ email _____
telefono indirizzo email

consapevole delle sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti requisiti minimi necessari per l'accesso al tirocinio curriculare pratico-valutativo (art.5 Regolamento vigente)

- aver acquisito 160 CFU ed essendo iscritto almeno al 4 anno del corso di laurea;
- aver superato: almeno un esame di un insegnamento del settore scientifico disciplinare (CHEM-07/A Chimica farmaceutica) _____
- e un esame di un insegnamento del settore scientifico disciplinare (BIOS-11/A Farmacologia) _____
- aver frequentato almeno un corso di un insegnamento del settore scientifico disciplinare (CHEM-08/A Tecnologia, socioeconomia e normativa dei medicinali e dei prodotti per il benessere e per la salute) _____
- aver frequentato i corsi generali e specifici prescritti dalle norme sulla sicurezza e possedere i rispettivi attestati;
- aver acquisito la disponibilità allo svolgimento dell'attività formativa da parte del responsabile della farmacia ospitante e/o della farmacia ospedaliera nonché del tutor professionale e del tutor accademico

(inserire il nominativo del Tutor Accademico: Prof. _____)

Autorizza il trattamento dei dati personali riportati nel presente documento in base all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, per i soli fini consentiti dalla presente dichiarazione.

_____ luogo e data

_____ firma del dichiarante